Nr 30. Kraków, 28. lipca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 28. lipca 1917. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

Kiedy w r. 1860 Ricord stwierdził kilka przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, mimo, że poprzednio przez 20 lat zaprzeczał możliwości reinfekcyi, zdawało się, że obali to wreszcie tezę o jedności i nieuleczalności kiły. Wyraźnie i z naciskiem jednak zaznaczył Ricord, że przypadki te są niesłychanie rzadkie. Sprawa możliwości powtórnego zakażenia się znalazła wielu przeciwników, a hasłem ich było zdanie wygłoszone przez Fourniera: »La vérole ne se double jamais«; twierdził bowiem Fournier, że na olbrzymią liczbę spostrzeganych przez siebie przypadków kiły, nie stwierdził ani jednego typowego powtórnego zakażenia. Wszystkie przypadki, podane w piśmiennictwie, uważa Fournier za niedokładnie spostrzegane, a zaliczyć je należy, jego zdaniem do opisanych przez niego, »chancre redux«, »pseudochancre induré«, albo do objawów drugorzędnych, ulegających pewnym zmianom, albo też do zmian późnych, (roseola tardiva, erythema tertiare i t. d.). Przypuszcza również Fournier, że rozpoznanie pierwszego zakażenia kiłowego mogło polegać na błędzie spostrzegającego lekarza; wszakże niejednokrotnie lekarzowi niespecyaliście zdarza się wziąć pewne cierpienia skórne (pityriasis rosea, lichen planus, psoriasis), za zmiany kiłowe drugorzędne.

Szereg wybitnych dermatologów podzielił się na dwa obozy, przeciwników (Brocq, Leoloir, Bärensprung, Sigmund, Acton-Gowers) i zwolenników prawdziwości powtórnego zakażenia się kiłą (Diday, Rollet, Jullien, Köbner, Caspary, Mracek, Finger, von Hehr), przeważnie jednak utrzymywało się zdanie — o nie wyleczalności kiły i nie istnieniu możliwości powtórnego zakażenia.

Diday pierwszy ogłosił dokładnie spostrzegane przypadki reinfekcyi w liczbie 20, dochodząc na ich zasadzie do wniosku, że kiłę w zupełności można wyleczyć. Jednakże w r. 1891 Hudels zebrał, w poszukiwaniach nad sprawą odporności przeciw kile, 148 ogłoszonych przypadków reinfekcyi; za zupełnie pewne uważa on jednak zaledwie 9 przypadków i przyjmuje za pewnik, że z bardzo nielicznymi wyjątkami człowiek zakażony kiłą zachowuje przez całe życie odporność na nowe zakażenie; co się zaś tyczy tych przypadków, w których dotknięty kiłą wrodzoną, po raz drugi uległ zakażeniu — to jego zdaniem, wśród ogłoszonych przypadków niema ani jednego pewnego w tym względzie.

Te właśnie zapatrywania o nabytej zupełnej odporności przeciw kile, były przyczyną, że uważano powtórne zakażenie za niesłychanie rzadkie. Tarnowsky na 40.000 spostrzeganych przypadków kiły opisał tylko 6 przypadków, Fournier, jak wspominałem, ani jednego. W r. 1909 ogłasza John obszerną monografię krytyczną 322 przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, zebranych z wielu lat. Zaledwie trzecią część (119 przyp.) uważa John za pewne powtórne zakażenie kiłowe. Żąda on dla stwierdzenia prawdziwej reinfekcyi: a) stwierdzenia typowej powtórnej zmiany pierwotnej, b) zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych, c) wystąpienie zmian drugorzędnych. Oba zakażenia kiłowe powinny być stwierdzone przez lekarza specyalistę; opowiadaniom chorego o przebytej kile nie wiele trzeba dawać wiary. Z wielkiem niedowierzaniem należałoby przyjmować przypadki, w których okres wolny od objawów między pierwszem a drugiem zakażeniem był zbyt krótki; przyjąć należy zgodnie z dawniejszymi autorami okres wolny przynajmniej kilkuletni (5—6 lat Taylor). Prócz tego zdołał John zebrać 34 przypadki, gdzie pierwsze zakażenie opisano, jako kiłę wrodzoną. W tych trudniejszych bezwątpienia do rozpoznania przypadkach zaledwie w 13 zmiany, odpowiadające zmianom kiły dziedzicznej, były zupełnie pewne, w innych bowiem przypadkach spostrzegane blizny lub zmiany dystroficzne nie mogły uchodzić za wystarczające objawy.

Rozpatrując te przypadki, dochodzi John do przekonania, że powtórne zakażenie jest wprawdzie bardzo rzadkie, jednak zupełnie możliwe, a nabyta odporność nie jest zupełna i słabnie z biegiem lat. Jednak już John zaznacza, że powtórne zakażenie nie jest dowodem zupełnej wyleczalności kiły, dopóki nie można obalić twierdzenia, że przy jawnych zmianach trzeciorzędnych może dojść do powtórnego zakażenia z typowemi zmianami i następstwami (opisali takie przypadki Ogilvie, Diday, Finger, Neumann i inni). Stwierdzeniu pewnej reinfekcyi stały również na przeszkodzie i różne zapatrywania autorów co do warunków, udawadniających pewność powtórnego zakażenia. Didayowi i Hutschinsonowi wystarczała już obecność drugiej zmiany pierwotnej, nawet gdyby nie było towarzyszących zajętych gruczołów limfatycznych; przeciwnie cały szereg innych autorów żądał wystąpienia typowych zmian następowych w chronologicznym porządku.

Trudności stwierdzenia prawdziwej reinfekcyi z biegiem lat zmalały. Ostatni dziesiątek lat, rozpoczęty klasycznemi szczepieniami na zwierzętach Miecznikowa i Roux, odkryciami Schaudina, Wassermanna i Ehrlicha, sprowadził tyle zmian w zapatrywaniach naszych na patogenezę i terapię kiły, że nauka o odporności w kile doznała zupełnego przeistoczenia. Możliwość wczesnego rozpoznania kiły, przez wykazanie krętków bladych w zmianie pierwotnej, pozwalała rozpoczynać leczenie przeciwkiłowe, a przez leczenie rtęcią i salwarsanem pozwalała otrzymać wiele wyleczeń zupełnych, stwierdzonych następowo typowemi reinfekcyami. Doświadczenia Fingera, Landsteinera, Neissera udowodniły niezbicie, jak błędne były nasze zapatrywania o nabytej trwałej odporności kiłowej. Szczepienia doświadczalne małp, wykonane przez Neissera, dowiodły, że zwierząt zakażonych kiłą po raz drugi zaszczepić nie było można tylko dlatego, że w ich ustroju istniał jad kiłowy pełny jadowitości. Zwierzęta natomiast wyleczone z łatwością można było po raz drugi zaszczepić, a zatem te doświadczenia potwierdzały możność zupełnego wyleczenia. Finger stwierdził, że ustrój, dotknięty kiłą, już w czasie wytworzenia się zmiany pierwotnej nabiera właściwości nie oddziaływania na drugi jad kiłowy typowemi zmianami — która to własność i z biegiem czasu zwiększa się. W pierwszych okresach zakażenia ta zdolność tkanek nie jest jeszcze zupełną, tak, że zakażenie przypadkowe lub sztuczne własnym swym czy obcym szczepem wywołuje jednak zmiany, odpowiadające okresowi choroby. W okresie drugorzędnym staje się odporność już jednak prawie zupełną, a przypadki superinfekcyi są już w tych okresach rzadkie. Charakterystycznem jest to, że w drugorzędnym okresie kiły zakażenie nowe występuje w postaci wykwitu drugorzędnego, a to wskutek pewnych zmian w tkankach, wywołanych przez pierwotne za-

każenie kiłowe (przestrojenie tkanek — Umstimmung der Gewebe, Neisser). W okresie trzeciorzędnym natomiast powtórne zakażenia kiłowe znane są nietylko z piśmiennictwa (Ducrey), ale doświadczalnie stwierdzone na zwierzętach. Tak według Ehrmanna; Neissera i innych może być powtórne zakażenie z typową zmianą pierwotną i następowemi zmianami drugorzędnemi, mimo że w pewnych okolicach ustroju trwają zmiany chorobowe trzeciorzędne. Tak więc powstanie w tym późnym okresie najtypowszej reinfekcyi nie mogłoby dowieść zupełnego wyleczenia ustroju z pierwszego zakażenia. Przyczynę tych zjawisk stanowi okoliczność, że w razie dłuższego trwania choroby, zwolna wygasa owo przestrojenie tkanek i to nie równomiernie tak, że w pewnych miejscach istnieje w pełni swej siły, w innych natomiast znika. Gdy więc w takim przypadku nowy jad kiłowy wtargnie po raz drugi w to miejsce, gdzie właściwość ta jest zachowana w pełnej swej sile, to według wszelkich reguł nauki o superinfekcyi powstanie kilak; gdy w tej okolicy tkanki zatracą ową właściwość, wówczas nastąpić może typowa reinfekcya.

Tak więc doświadczenia te udowodniły, że typowe reinfekcye zdarzać się mogą, a warunki ich powstawania spostrzeżenia te dokładnie określiły. Neisser przypuszcza, że o wiele więcej możnaby zebrać z dawniejszego piśmiennictwa przypadków reinfekcyi, gdyby nie to, że późniejsze stanowisko społeczne tych ludzi, którzy w młodym wieku nabyli kiły, nie naraża ich na możliwość powtórnego zakażenia, wiele bowiem tych przypadków było zupełnie wyleczonych.

Bezwątpienia dawniej rozróżnienie superinfekcyi, zwłaszcza w okresie trzeciorzędnym napotykało na wiele trudności; kierowano się obrazem klinicznym i zdolnością ustępowania przy podawaniu jodu. Dziś o wiele łatwiej rozstrzygamy to pytanie: obfitość krętków bladych w zmianie, obraz histologiczny, zachowanie się odczynu Wassermanna pozwala na rozpoznanie reinfekcyi.

Od czasu wprowadzenia energicznego natychmiastowego leczenia we wczesnych okresach kiły przez zastosowanie rtęci i salwarsanu, wzrosła znacznie liczba reinfekcyi. W krótkich odstępach czasu pojawiać się zaczęły publikacye nabytych po raz drugi mniej lub więcej pewnych zmian pierwotnych. Zwłaszcza wprowadzenie t. zw. leczenia poronnego w bardzo wczesnych okresach kiły, przy ujemnym odczynie Wassermanna, doprowadzało do zupełnego wyleczenia. Mogli więc Meirowsky i Kretzmer twierdzić, że liczba reinfekcyi nie ulegających wątpliwości od czasu wprowadzenia salwarsanu wzrosła bardzo znacznie.

Wyniki autorów, stosujących leczenie poronne, były bardzo dobre. Neisser otrzymywał 90% wyleczeń, Hoffmann w okresie zmian pierwotnych 94 i 100%, w okresie zmian drugorzędnych 83%, trzeciorzędnych 60%; wszystkie te przypadki wolne były następowo, od jakichkolwiek nawrotów klinicznych lub serologicznych. Scholz przy stosowaniu swej metody w kile pierwszorzędnej miał 93% przypadków zupełnego wyleczenia, a w drugorzędnej 85%. Inni autorowie również otrzymali liczby zachęcające, Gennerich 96 i 97%, Altmann 93% (Altmann stwierdzał potem 3—4 lat wolnych od nawrotów).

Bezwątpienia ważne dla stwierdzenia zupełnego wyleczenia jest ustalenie okresu czasu wolnego od nawrotu po skończonem leczeniu. Neisser uważa rok obserwacyi, wolny od nawrotu serologicznego, za wystarczający. Scholz razem z Lesserem uważa również przeciąg jednego roku, wolny od nawrotu, za wystarczający, jeżeli przypadek leczony był poronnie w sprzyjających warunkach, nawroty bowiem zjawiały się zwykle w pierwszych 6 miesiącach. Natomiast w tych przypadkach, w których rozpoczęto leczenie w okresie kiły drugorzędnej, zupełne wyleczenie należałoby oceniać ostrożniej, ale i tu nawroty zjawiają się w pierwszej połowie roku lub najpóźniej do roku. Na podstawie więc swej statystyki sądzi Scholz, że okres 2-letni po skończonem leczeniu, podjętem we wczesnych okresach drugorzędnej kiły, wolny od nawrotu serologicznego, zupełnie wystarcza do uznania przypadku za wyleczony.

Występowanie nawrotów w razie nieudałego leczenia w pierwszym roku po skończonem leczeniu stwierdza szereg autorów. Ale i tych dłuższych okresów, wolnych od nawrotów serologicznych, nie należy przeceniać. Almkwist i Boas opisywali przypadki, gdzie po okresie nieraz bardzo długim utajenia serologicznego jednak występował nawrot. I tak Almkwist widział przypadki, w których po okresie 3 lat i 8 miesięcy zupełnie wolnych wystąpił nawrot; w drugim przypadku zdarzyło się to po $2^1/_2$ roku, w trzecim po roku. Boas podobne zachowanie się spostrzegał w 2 przypadkach, w jednym nastąpiło to po 3 latach, w drugiem po $2^1/_4$ latach. Ujemny bowiem odczyn Wassermanna nie dowodzi zupełnej nieobecności krętków bladych; może ich być bardzo mało, tak że nie stoją w prostym stosunku (same krętki, albo ich produkty rozpadu) do odczynu Wassermanna. Również i Müller na podstawie ogromnej statystyki 60.000 przypadków odczynu Wassermanna stwierdza, że zdarzają się, wprawdzie bardzo rzadko, przypadki nawrotu serologicznego w 2—3 lat po skończonem leczeniu, mimo że w tym okresie badana surowica dawała zawsze wynik ujemny. Jednakże przyjąć musimy, że te przypadki są bardzo rzadkie, a trzeba przyznać słuszność spostrzeżeniom autorów, że serologiczne nawroty po roku do 2 lat przeważnie nie pojawiają się; spostrzeżenie wielu typowych reinfekcyi potwierdza tę możliwość wyleczenia. W r. 1914 ogłosił Benario monografię przypadków reinfekcyi, zebranych od czasu zastosowania salwarsanu. Dla stwierdzenia pewnej reinfekcyi nie wymaga on wystąpienia zmian drugorzędnych jako »conditio sine qua non«; wystarczy stwierdzenie kliniczne i bakteryologiczne zmiany pierwotnej, zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych, odczyn Wassermanna i znajomość źródła zakażenia. 112 zebranych przypadków dzieli Benario na dwie grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, leczone samym salwarsanem, do drugiej leczone salwarsanem i rtęcią.

W pierwszej grupie zebrał 10 przypadków mających wszystkie 5 wymaganych cech, prócz tego 6 przypadków, gdzie przyłączyły się jeszcze i zmiany drugorzędne; 11 przypadków było bardzo prawdopodobnych. Ważnym objawem dla stwierdzenia reinfekcyi jest okres czasu między skończonem leczeniem po stwierdzeniu pierwszego zakażenia, a wystąpieniem zmiany pierwotnej po raz wtóry. Przeszło w połowie przypadków okres ten wynosił zaledwie 6 miesięcy, w innych tylko 2 miesiące, nasuwa to już odrazu pewne wątpliwości co do prawdziwości drugiego zakażenia. Również i leczenie w pewnej części przypadków było według dzisiejszych naszych zapatrywań nie wystarczające (n. p. wstrzyknięcie śródmiąższowe 0·55 salwarsanu lub jedno wlewanie dożylne).

Druga grupa obejmuje przypadki, leczone sposobem kombinowanym. W 23 przypadkach były żądane warunki (w 15 wystąpiły i zmiany drugorzędne). Czas, po którego upływie wystąpiło drugie zakażenie, przeważnie wynosił kilka do kilkunastu miesięcy, w 8 przypadkach 6 miesięcy. Pozostałe przypadki nie wytrzymywały krytyki i już część ich uważano za reinduracye, izolowane zmiany drugorzędne i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów.

(Dokończenie).

O ile prócz rany jest jeszcze złamanie kości, to stosuję jaknajprędzej leczenie wyciągowe, jako jedynie racyonalne. Staram się przedewszystkiem zastosować takie ułożenie i taki sposób, aby zmiany opatrunku na ranie były zupełnie uniezależnione od wyciągu i aby zmiana opatrunku nie wpływała niekorzystnie na stan samego złamania, a więc, aby w czasie zmiany opatrunku nie potrzeba było usuwać choćby na chwilę tylko wyciągu, lecz by odłamki względem siebie pozostały w zupełnym spokoju, a mimo to sama rana i wnętrze jej były mi wszędzie dostępne. Dlatego też opatrunki przy złamaniach kończyn dolnych odbywają się u mnie zasadniczo nie na sali opatrunkowej, lecz na łóżku, na którem ranny leży we wyciągu; wyciągu nie zdejmuje się nawet do opatrunku, lecz jedynie co pewien dłuższy czas celem przekonania się, jak gojenie się samego złamania postępuje, i w jakim stanie znajduje się cała kończyna.

Tę samą zasadę starałem się przeprowadzić i co do złamań kończyn górnych. Przy złamaniu kości ramiennej najwięcej odpowiada powyższemu celowi przyrząd wyciągowy Weissensteina o konstrukcyi nader prostej i dającej się z łatwością wykonać we własnym zarządzie. (Münch. med. Woch. 1916, str. 698).

Przy ciężkich zranieniach i znaczniejszem nasileniu zakażenia stosuję poza tem wstrzykiwania wśródżylne elektrargolu; przy świeżych zaś ranach miażdżonych i dartych wstrzykujemy zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową, o ile jej poprzednio przed przybyciem rannego do naszego szpitala nie zastosowano.

Prócz tego wielką wagę przywiązuję w ogólnem leczeniu rannych, aby ich jaknajlepiej odżywiać i aby mieli jak najwięcej dostępu świeżego powietrza i światła słonecznego.

O ile potrzeba opatrunków ustalających, to kładę wagę na to, aby możliwie jaknajprędzej opatrunki ustalające módz znowu usunąć i żeby ranny był jak najprędzej zdolny do wykonywania ruchów przy zastosowaniu miesienia i gimnastyki. Przy uszkodzeniu ścięgien i nerwów staram się zastosować odpowiednie ułożenie na szynie, zapobiegającej wytworzeniu się skurczeń, bacząc atoli, jak n. p. przy zranieniach ręki, aby tylko chora część jej była odpowiednio umieszczona na podłożonej szynie z wyłączeniem zdrowych palców, by ruchów palców niepotrzebnie nie tamować i nie powiększać przez to późniejszych zesztywnień i kłopotów z uruchomieniem dotąd zdrowych palców.

Przy ranach postrzałowych łydki, choćby one były nieznaczne, lecz połączone nawet z nieznacznym ubytkiem mięśnia łydkowego, pamiętać o tem należy, że stać się one mogą bardzo łatwo powodem następowego kurczenia ścięgna piętowego i zesztywnienia stopy wyprostowanej (Spitzfusstellung). Temu trzeba stanowczo od samego początku leczenia zapobiegać przez zastosowanie szyny kramerowskiej grzbietowej, do której stopę zgiętą grzbietowo, należy czasowo przymocowywać z uwzględnieniem wczesnem gimnastyki w stawie skokowym.

Przestrzedz wreszcie muszę przed zakładaniem opatrunków gipsowych w stanach septycznych; doświadczenie bowiem, nabyte wśród obecnej wojny, pouczyło nas dostatecznie, że u tych rannych mimo najlepszej wyściółki i zastosowania wszelkich środków ostrożności, występują jednakowoż pod gipsem nader łatwo odleżyny, szybko drążące w głąb.

Ze względu na ważność i aktualność wpływu transportu na rannych i pierwszą pomoc, udzieloną im na froncie, a dalej na następstwa tego na cały dalszy przebieg gojenia, które w całej pełni my chirurdzy na tyłach dopiero możemy ocenić, pozwolę sobie podać moje spostrzeżenia, zwłaszcza co do legionistów, a to w tym celu, by koledzy, pracujący na froncie, mieli pewne wskazówki do pracy ręka w rękę z nami na tyłach, celem zapobieżenia niedoli naszych rannych i zaoszczędzenia im późniejszej długotrwałej choroby, kalectwa, a nawet niekiedy i utraty życia.

Na ogół z zadowoleniem mogę oświadczyć, iż nasi legioniści z frontu przybywali do nas we względnie dobrym stanie, opatrzeni starannie i zapobiegliwie. Opatrunki ich pokrywały zazwyczaj rany dobrze, nie były przesunięte, tak żeby cała rana pozostawała niekrytą opatrunkiem i narażoną przez to na wtórne zakażenie. Również i ustalenie kończyn złamanych było prawie bez wyjątku dostateczne. A niestety pod tym względem miałem sposobność widywać nieraz kardynalne błędy. Opatrunki wskutek pobieżnego i niedostatecznego umocowania daleko przesunięte poza ranę, zupełnie odkrytą i stykającą się z brudnem ubraniem lub z niedostateczną ilością materyału opatrunkowego, całe przekrwawione; złamania zaś, wcale lub źle ustalone. Następstwem tego były już przy nadejściu do szpitala ciężkie ropowice lub znaczne nacieki zapalne; przesunięcie się odłamków, wystające poza opatrunek obnażone kości i t. d. Były to spostrzeżenia, często niestety spotykane w pierwszym roku wojny; znikły one na szczęście w ciągu trwania długiej wojny, ale niekiedy przytrafiają się one jeszcze, na szczęście sporadycznie tylko, i nie u legionistów rannych.

Również mogę z przyjemnością stwierdzić, że rany postrzałowe czaszki koledzy na froncie zdecydowali się bezzwłocznie trepanować i odsyłać je nam dopiero w stanie późniejszym pooperacyjnym, a wyników operacyjnych, które następnie miałem sposobność u siebie widzieć, mogę kolegom tylko powinszować. Gdy w Krakowie miałem sposobność trepanować dosyć wiele postrzałów czaszkowomózgowych, i to dopiero w wiele dni po zranieniu, z rozwiniętemi już ciężkiemi objawami ucisku mózgowego i zakażenia rany, w Lublinie nie miałem do tego już ani razu sposobności, ale zato miałem często sposobność widzenia doskonałych wyników wcześnie przedsięwziętej trepanacyi. Poleciłbym jednakowoż gorąco zabandażowanie głowy po trepanacyi w opatrunku, ustalającym głowę wraz z szyją przy zastosowaniu szyny kramerowskiej, wygiętej odpowiednio do formy sklepienia czaszki i karku, sięgającej aż na plecy. Nabrałem przekonania, że takie unieruchomienie głowy, zwłaszcza przy urazie mózgu, działa znakomicie na dalszy przebieg gojenia się rany, a zapobiega nieraz rozszerzaniu się zakażenia wśród opon mózgowych i tworzeniu się wypadnięć mózgowych.

Do również czynniejszego działania pragnę bardzo zachęcić kolegów z zakładów sanitarnych na froncie przy wielkich ranach miażdżonych kończyn, zwłaszcza jeżeli przytem nastąpiły złamania kości. Proszę mnie zrozumieć, że pod działaniem czynnem nie rozumiem bynajmniej amputacyi, lecz jedynie obrównanie zmiażdżonych, zczerniałych, na obumarcie skazanych brzegów rany, uwolnienie rany z widocznych w niej ciał obcych, słomy, błota, wyjęcie tych odłamków kostnych, które straciły swą spójność z okostną i równają się ciałom obcym, drażniącym tylko ranę. Przypuszczam, iż podczas walk pozycyjnych, w czasie których napływ rannych jest stosunkowo mały, zatem i czasu wolnego mają tam koledzy dostatecznie wiele, należałoby te właśnie rany miażdżone tak opatrywać, aby o ile możności dorównywało to zaopatrzeniu ostatecznemu.

Niezawodnie w ten sposób dałoby się w wielkiej liczbie przypadków zapobiegać bez porównania łatwiej rozprzestrzenianiu się zakażenia i stworzyć przez to korzystniejsze warunki gojenia. Rany te naturalnie należałoby już na froncie opatrywać przeciwgnilnie i polecałbym w tym względzie wypróbowanie rozczynu Dakina także we frontowych zakładach sanitarnych, skoro metoda opatrywania aseptycznego ran postrzałowych okazała się właściwie bezsilną wobec stwierdzonego faktu, iż niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku są już »a priori« zakażone. Wobec zatem grożącego ich już rozszerzającego się zakażenia rany, powinno się już, mojem zdaniem, postępować na froncie czynniej, przystępując do możliwie rychłego rozszerzenia ran podejrzanych i do zastosowania miejscowo środków przeciwgnilnych.

Aby opatrunki się nie przesuwały, poleciłbym używanie mastisolu w pobliżu rany i przy brzegach opaski przytwierdzającej.

Następnie z powodu zawsze grożącego zakażenia powinny być rany postrzałowe kończyn o ile możności odsyłane jaknajprędzej na tyły, dopóki warunki transportu są jeszcze korzystne, gdyż jak wiadomo, objawy zakażenia występują zazwyczaj dopiero po kilku dniach.

Każdy transport jednakowoż, jako antyteza spokoju, tak koniecznego dla prawidłowego gojenia, jest połączony z mniejszą lub większą szkodliwością dla rannego. Dlatego należy wpierw pomyśleć o tem, jakby unieruchomić jaknajlepiej uszkodzoną część ciała z uwzględnieniem łatwego udostępnienia samejże rany w czasie transportu, celem zmiany opatrunku bez potrzeby równoczesnego usuwania

przyrządu ustalającego. Za warunki dobrego ustalenia, których trzeba bezwarunkowo przestrzegać, należy uważać:

1) Absolutne unieruchomienie miejsca złamania; jest to jedynie możliwe przez unieruchomienie i objęcie w opatrunek ustalający także obydwóch sąsiadujących stawów.

2) Należy bezwarunkowo unikać, owszem zapobiegać wszelkiemu zaciśnięciu w opatrunku z uwzględnieniem zwłaszcza, iż rozwijająca się sprawa zapalna może wywołać znaczny obrzęk kończyny, a przez to szkodliwe wprost uciśnięcie kończyny w opatrunku.

3) Wspomniane już ułatwienie dostępu do samej rany, celem udogodnienia zmiany opatrunku w czasie transportu przez wycięcie dostatecznie wielkiego okna w samym opatrunku na przestrzeni samej rany.

Za najlepszy materyał do ustalania uważam szyny druciane Kramerowskie, lecz wykonane z dobrego, dostatecznie silnego materyału, dostatecznie długie, n. p. na złamanie uda o długości 1·20 m, lekko żłobione, tak aby szyna zewnętrzna sięgała od łuku żebrowego aż poza stopę. Dla złamania uda są również praktyczne szyny Eiselsberga; jest to właściwie zmodyfikowana szyna Kramerowska, przez dodanie do niej bocznych skrzydeł. W szynach Kramerowskich dają się łatwo wyciąć okna, przez wycięcie drutów poprzecznych na przestrzeni odpowiadającej ranie.

4) Nie należy zapominać o dostatecznie grubej wyściółce, zwłaszcza na miejscach, gdzie kości są pokryte tylko samą skórą, celem uniknięcia odleżyn na tych miejscach. Zresztą bóle, wywołane ugniataniem szyny, są tak nieznośne dla rannego, iż przybywszy do szpitala ma on pierwszą prośbę na ustach, by go uwolnić od za silnie ugniatającego opatrunku.

Wreszcie poleciłbym kolegom z frontu, aby na wierzch opatrunku dawali krochmalne opaski i aby na nich ołówkiem atramentowym wypisać odpowiednie objaśnienia z naszkicowaniem miejsca i wielkości zranienia. Dla lekarzy, którzy w czasie transportu tych rannych pierwszy raz widzą, będzie to bardzo wielkiem ułatwieniem w pierwszej oryentacyi co do dalszego postępowania z rannym. W mojej praktyce, chcąc sobie zapamiętać i nie zatracić miejsca, gdzie w opatrunku ustalającym należy wyciąć okno, postępuję w ten sposób, że na zdrowej kończynie zaznaczam w symetrycznem miejscu odpowiadającem ranie kontury jej ołówkiem atramentowym. Porównując potem ten szkic, wycinam okno w tem miejscu opatrunku, trafiając bezwarunkowo na miejsce rany.

Na tem kończę; zdaję sobie jednakowoż w pełni sprawę, iż chirurgowi fachowemu i kolegom dłużej w dziale chirurgii wojennej pracującym nic nowego nie przedstawiłem. Jeżeli jednakowoż w powyższym referacie koledzy praktycy, stojący dotychczas zdala od chirurgii wojennej, lub koledzy, w niej dopiero początkujący, znaleźli nową zachętę do kojenia cierpień naszym rannym, walczącym o niepodległość naszej Ojczyzny, wówczas cel mego referatu byłby w zupełności osiągniętym, a ja byłbym sowicie wynagrodzonym, choć mam to przeświadczenie, iż tematu nie zdołałem przedstawić w całej pełni ze względu na czas ograniczony.

W końcu pragnąłbym jaknajszersze koła lekarzy, stojące dotąd poza sferą wojskowych, zachęcić do wstępowania do mającej się tworzyć armii polskiej. Jeżeli bowiem dotychczas z zadowoleniem i dumą możemy powiedzieć, iż wyniki naszej pracy, zarówno lekarzy na froncie Legionów, jak i na tyłach, były bardzo korzystne i nieśliśmy naszym legionistom wydatną pomoc, to zasługa to tylko w części nasza. Złożyły się na to przedewszystkiem korzystne warunki, iż Legionów była dotychczas tylko garstka, ze stosunkowo znaczną ilością lekarzy; wskutek tego też niesienie im pomocy wydatnej nie natrafiało na większe przeszkody ani co do czasu, ani co do sił lekarskich, i ranni nasi mogli być należycie obsłużeni, poniekąd lepiej nawet, niż w armii regularnej.

Obawiam się bardzo, że w przyszłej armii polskiej, znacznie od Legionów większej, warunki te, obecnie tak korzystne, mogłyby się zmienić na gorsze w razie niedostatecznej liczby lekarzy. Wówczas w miarę zwiększonego napływu rannych zaopatrzenie ich na pozycyach mogłoby się stawać niedostatecznem i dorywczem i mielibyśmy daleko więcej ciężkich zakażeń przyrannych ze wszystkimi ich złowieszczymi skutkami. — Dla tego kończę apelem, aby szeregi nasze lekarskie również ochoczo się zwiększały ludźmi chętnymi do poświęceń i do pracy, by w powstającej Polsce, powołanej do nowego życia, było jaknajmniej kalek i byśmy całym dorobkiem naszej wiedzy z zwiększonemi siłami ratować mogli od zagłady lub późniejszego charłactwa naszą młodzież, dotychczas ochoczo krew przelewającą za najszlachetniejsze ideały.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21 marca 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych 60 słuchaczy.

Przewodniczący wita prelegenta i licznych gości, poczem prof. Dr Tokarz wygłosił wykład: **O służbie zdrowia w powstaniu listopadowem.**

29-tysięczna armia Królestwa polskiego miała służbę zdrowia skromną, ale zorganizowaną jak na ówczesne stosunki dobrze. Jedną z jej ujemnych stron było to, że nie obliczono nic na wypadek mobilizacyi. Szkielet organizacyi służby zdrowia przedstawiał się mniej więcej następująco. Na czele Wydziału zdrowia stał lekarz szef w randze pułkownika, którym w czasie wybuchu powstania był krakowianin, Dr Jan Stummer; przydzielonego miał sekretarza. Do poszczególnych dywizyi przydzielony był w randze podpułkownika jeden lekarz dywizyjny. Każdy pułk piechoty miał prócz tego jednego lekarza sztabowego w randze majora, dwóch lekarzy batalionowych w randze kapitana, dwóch podlekarzy (chirurgów) w randze poruczników i pewną liczbę felczerów. W pułku jazdy służył jeden lekarz, taksamo każda baterya artyleryi miała jednego lekarza batalionowego. Uposażenie było, jak na owe czasy, bardzo dobre. I tak lekarz dywizyjny pobierał pensyi 712 złotych polskich, żywność i mieszkanie, a na stopie wojennej jeszcze podwójną porcyę żywności i 4 racye furażu.

Lekarze wojska polskiego byli jednak przeważnie lekarzami praktykami, których do służby wojskowej nęciły bardzo korzystne warunki awansu i niezłe pensye. Organizatorów jednak dobrych między nimi nie było. Nie był nim też Dr Stummer, tak że pojawiły się przeciwko niemu skargi, wskutek których Stummer ustąpił, a miejsce jego zajął 6 lutego Dr Karol Kaczkowski. Duże role odgrywali w czasie powstania lekarze cywilni; między nimi a lekarzami wojskowymi powstawał czasem pewien ferment. Miała organizacya służby zdrowia swe bardzo dobre strony, o których dowiadujemy się ze sprawozdań sejmowych. Jedną z nich była troska o przyrost lekarzy: dla podlekarzy i akademików wyższych kursów Uniwersytetu warszawskiego ustanowiono zwrotne stypendya, w lazarecie ujazdowskim utworzono szkołę felczerską i t. p. Dla popierania wykształcenia lekarzy utworzono w lazarecie ujazdowskim bibliotekę, którą uzupełniano ciągłymi zakupami. W szpitalnictwie zaprowadzono inny system, niż za Księstwa Warszawskiego, mianowicie system lazaretów ruchomych, które były przedewszystkiem znacznie tańsze od dawniejszych. Wyjątek stanowiła Warszawa, gdzie był stały szpital wojskowy w Ujazdowie; był to pod każdym względem szpital na owe czasy wzorowy, urządzony po europejsku, w którym zarówno pod względem czystości, jak żywienia chorych i leczenia stosunki były nienaganne. Utrzymanie jednego chorego kosztowało w tym szpitalu 1 zł. pol. dziennie. Na czele szpitala stał komendant lekarz, któremu podlegał szereg lekarzy oddziałowych. Narzędzia chirurgiczne były pierwszej jakości, przyczem wszystkie sporządzone w kraju. Przy

szpitalu ujazdowskim stworzono osobny zakład wyrobu bandaży i utrzymywano osobną aptekę wojskową.

Wszystko to było organizacyą pokojową, którą wojna w roku 1830/31 do pewnego stopnia zaskoczyła. Przedewszystkiem powiększyła się bardzo znacznie armia, która ze stanu 29.000 już 1 lutego osiągnęła liczbę 71.000, a pod koniec marca 90.000. Ten poziom utrzymał się do bitwy pod Ostrołęką, poczem spadł do 64.000 i na tej wysokości utrzymał się do końca kampanii. Wzrosła zatem armia w stosunku 1:2²/₃, 1:3¹/₃, a w końcu w stosunku 1:2¹/₂. To też zaraz z początkiem kampanii, bo już w grudniu 1830 roku, wyłoniły się duże trudności w organizacyi służby zdrowia, i trzeba było dużej energii, by je pokonać. Przyznać trzeba, że o ile w pierwszych miesiącach były braki, o tyle później zaznacza się wyraźnie postęp we wszystkich dziedzinach służby sanitarnej, dzięki czemu mogła ona sprostać w zupełności swym zadaniom. Nie można tego powiedzieć o armii rosyjskiej, której stosunki były od początku do samego końca rozpaczliwe. Zupełny brak lekarzy, którymi byli przeważnie cudzoziemcy, brak ambulansów, trudności komunikacyjne i transportowe stanowiły w armii rosyjskiej obraz smutnych stosunków. To też skutki tego były dla tej armii fatalne. Chorzy i ranni masami umierali, a szczęściem dla nich było dostać się do niewoli polskiej, gdyż wtenczas mieli zapewnioną pomoc lekarską.

Zaraz w początkach powstania liczba chorych polskich żołnierzy dosięgła cyfry 3.000, co stanowiło ¹/₉ część armii. Dla tej ilości trzeba było postarać się przedewszystkiem o odpowiednią ilość lekarzy. Pociągnięto do służby wszystkich lekarzy z Królestwa. Liczba ta jednak nie była wystarczającą, lekarze żyli bowiem skupieni w Warszawie, tak że prowincya nie mogła dostarczyć tylu, ilu ich było potrzeba. Nie mógł zaradzić brakowi zakaz wyjazdu za granicę. Akademikom z ostatniego kursu ułatwiono szybkie zdawanie egzaminów i przyjmowano ich w charakterze lekarzy batalionowych. Akademicy z innych kursów wstępowali w znacznej liczbie do armii, jako podlekarze. Z ich szeregów wyszło wielu wybitnych potem ludzi, n. p. Dr Szokalski. Z innych ziem polskich pierwsza zgłosiła swą pomoc Wielkopolska, dając zastęp lekarzy, z których najwybitniejszym był Dr Karol Marcinkowski. Z Krakowa zgłosił się cały szereg młodych lekarzy i akademików, a z wybitniejszych profesorowie Skobel, Mayer i Birkowski. Pewna liczba lekarzy przeszła do armii polskiej z wojska rosyjskiego (Dr Beniowski); i z zagranicy zgłosiła się również pewna ilość lekarzy, stanowiących najlepszy materyał ideowy (Dr Gałęzowski Seweryn). Z ideowych pobudek oddał swe usługi szereg lekarzy francuskich, niemieckich, włoskich, szwedzkich. Stanowili oni materyał bardzo różnej wartości, na ogół jednak dobry. Liczba ich byłaby zapewne większa, gdyby nie trudności, jakie robił rząd pruski w przechodzeniu przez granice. Mimo wszystko ilość lekarzy nie byłą wystarczająca, a rozmieszczenie ich wśród pułków było nierówne. Gdy w jednych pułkach pomoc lekarska była dostateczną, w innych odczuwano na tym punkcie braki. Uzupełniano je felczerami, dla których wykształcenia tworzono specyalne kursa.

Organizacya pierwszej pomocy na placu boju również z początku szwankowała. W praktyce często pierwszej pomocy udzielali koledzy rannego, więc walczący żołnierze, co wywoływało ogromne rozprószenie wojska, którego duża część była zajęta usuwaniem i opatrywaniem rannych, zamiast udziałem w walce.

By tego uniknąć dowództwo pod Grochowem oddało czynności sanitarne pewnym oddziałom (14 i 20 pułk piechoty liniowej, uzbrojonej w kosy). Rannego kładziono na dwie kosy, nakryte płaszczem do nich przywiązanym i na takich noszach rannych usuwano. Pod Grochowem sytuacya pod względem sanitarnym była dość korzystna; przewidywano oddawna bitwę w tem miejscu, Warszawa była niedaleko, kierunek odnoszenia rannych był ściśle oznaczony i dzięki tym warunkom zdołano opatrzyć i uprzątnąć wszystkich rannych, których było przeszło 5 tysięcy. Gorzej było w bitwie pod Ostrołęką, gdzie rannych było 2300; nie spodziewano się w tem miejscu bitwy i wskutek tego ambulanse daleko odesłano, a ponieważ miejscowi chłopi pouciekali, więc i podwód z najbliższej okolicy nie można było dostać. Usuwaniem rannych zająć musiała się artylerya, a czego ona nie uprzątnęła, to wszystko pozostało na pobojowisku. Poważniej zajęto się i nakarmiono rannych dopiero w Pułtusku.

Centrum całej organizacyi sanitarnej stanowiła przez cały czas powstania Warszawa. Na prowincyi ilość szpitali stałych była niewielka. Warszawa rozporządała na początku powstania 6 tysiącami łóżek, których budżet obliczano z góry na 1,900.000 zł. p. Faktycznie jednak ilość łóżek musiano wielokrotnie podnieść, a budżet przeniósł 8,000.000 zł. p. Z pod samego Grochowa przybyło do Warszawy przeszło 10.000 rannych i chorych. Stworzyło to sytuacyę krytyczną, z której wybrnięto dzięki wykonaniu daleko idących zarządzeń, mających na celu powiększenie ilości łóżek. I tak każdy mieszkaniec Warszawy, który miał mieszkanie złożone z więcej jak 2 pokojów, musiał dostarczyć jednego łóżka z pościelą. Zebrało się tą drogą tyle łóżek, że można było urządzić 10 lazaretów. Z nich oficerskie urządzone były wzorowo. Przyczyniły się do tego w wysokim stopniu warszawskie panie i ofiarność publiczna. Gorzej znacznie było już w lazaretach, przeznaczonych dla żołnierzy. Obok nadużyć administracyjnych był brak dozoru i opieki lekarskiej ich słabą stroną. Następstwem tego był wybuch »gorączki lazaretowej« w niektórych szpitalach, która zabierała mnóstwo ofiar. Wskutek skarg z tego powodu Krukowiecki wydał bardzo surowe rozporządzenia, kilku komendantów lazaretowych oddał pod sąd wojskowy i zapowiedział, że za każde niespełnienie obowiązków, czy służba, czy lekarze będą oddani pod sąd wojskowy. Zarządził ciągłe inspekcye szpitali i za przekroczenia winnych bardzo dotkliwie karał. Wynikiem tego postępowania była znaczna poprawa stosunków.

Początkowy brak lekarstw usunięto rekwizycyami, zakupami w prywatnych aptekach i pomocą z zewnątrz. I tak Kraków dostarczył od marca do maja 1831 r. lekarstw za 23 tysiące zł. p. Prócz tego robiono dla rannych wszystko, co możliwe. Urządzono szereg szpitali prywatnych; rannych, wracających z pobojowiska, poprostu do nich rozchwytywano. Czystość w nich, żywienie i opieka lekarska były pierwszorzędne. Bardzo szybko wychodzili ranni ze szpitala. Z 11.000 rannych do 25. lutego połowa poszła z powrotem na front za miesiąc, z pozostałych 6.000, 4 tysiące poszło po 2-miesięcznem leczeniu. W polskich szpitalach przypływ równał się odpływowi, gdy u Rosyan przypływ był nierównie większy od odpływu.

Rekonwalescenci z początku byli źle traktowani, opuszczali szpitale bez ubrań i broni. Krukowiecki i na tym punkcie zaprowadził reformę. Stworzył on zakład dla rekonwalescentów, w którym ich ekwipowano i odsyłano na front. Zaprowadził urlopy dla rekonwalescentów, i zapewnił im nawet pobyt w miejscach kąpielowych (Krzeszowice). Świadectwem uznania dla polskiego szpitalnictwa było to, że Rosyanie przez parlamentaryuszy posyłali pieniądze na pokrycie kosztów utrzymania swoich rannych. Zdarzało się, że poszczególne pułki część żołdu oddawały na cele szpitalnictwa.

Wśród leczonych w szpitalach nad rannymi przeważali chorzy. 10 czerwca było w Waszawie 4.618 rannych, a 12.354 chorych. W sierpniu na 2.123 rannych było chorych 8.627. Wśród chorych dużą część stanowiły choroby zakaźne, jak cholera, tyfus, krwawa biegunka i inne. Bardzo wcześnie jednak wydano zarządzenia higieniczne. Rozporządzeniem z dnia 25. III. nakazano oficerom dbać o czystość ciała i ubioru żołnierzy i wydawać odpowiednie pouczenia. W kompaniach ustanowiono 29. IV. t. zw. dozorców zdrowia, których obowiązkiem było staranie o czystą wodę, zdrową strawę i t. p. Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy tylnych kolumn było puszczanie krwi chorym, uważane wówczas za bardzo ważny sposób leczenia. Do komendatów pułków wydano ostre nakazy w sprawie odtransportowywania zakaźnych chorych. Cholera mimo to zabierała mnóstwo ofiar i szerzyła się gwałtownie. 10. kwietnia zetknęła się armia polska z rosyjskim korpusem, w którym cholera grasowała, a już 17. tego miesiąca zgłoszono pierwszy raport o cholerze. Śmiertelność wynosiła około 100 ludzi dziennie na 1000 zachorowań. Obserwacya cholery nauczyła wreszcie z nią walczyć. Zauważono, że na zdrowotność wojska ujemnie wpływały okolice wilgotne, lub zniszczone, z lichą wodą, jak n. p. Podlasie. W czasie postojów cholera więcej się rozszerzała, niż w czasie marszów, operacyi wojennych i t. d. Z wszystkich tych spostrzeżeń próbowano korzystać przy zwalczaniu zarazy. Wreszcie zaczęto chorych izolować w osobnych zakładach, urządzono szczególnie dla jeńców kwarantanny. Stopniowo rozwinęła się i terapia: przedewszystkiem oczywiście modą ówczesną puszczano krew, ale podawano też makowiec, gorące lub parowe kąpiele; odchody dezynfekowano chlorkami; dla wojska wydano liczne pouczenia o cholerze i t. p. Około ¹/₅ część armii jednak chorowała na cholerę i przeszła przez szpitale. U Rosyan stosunki były o wiele gorsze; około ²/₃ armii chorowało, a już w pierwszych tygodniach zarazy Rosyanie stracili około 10.000 ludzi.

Dużo przyczyniło się do zwalczenia cholery i poświęcenie lekarzy, z których wielu umarło.

Wspólnemi siłami zdołano trudności wszystkie pokonać, służbę zdrowia zorganizowano dobrze. Zyskano tem uznanie zagranicy, którą lekarze nasi emigranci uczyli leczenia cholery i zapobiegania jej. Im większe były trudności, tem lepsze dał naród dowody sprawności i żywotności. (Streszczenie na podstawie notatek autora).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich poruczyła urząd skarbnika kol. Dr Kazimierzowi Trzcienieckiemu (Lwów, ul. Asnyka l. 1).

Redakcya otrzymała: J. Jaworski: Z dziedziny niebezpieczeństw zawodowych w dobie obecnej. Warszawa 1917. — Dziennik II Zjazdu higienistów polskich. Zeszyt I. — K. Zieliński: Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci (Przegląd pedyatr. T. VII. 1917). — Dłuski: Istota gruźlicy, drogi szerzenia się, sposoby zwalczania. Nakładem Tow. walki z gruźlicą w N. Targu. 1917. — Bednarski: Okulistyka ziołopisów polskich. Lwów 1917. (Wyd. Towarzystwa dla popierania nauki polskiej).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w lipcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 25—29.: Starkiewicz: Chondrodystrophia foetalis (25). — Domaszewicz (dok. 25). — Sokołowski: Odbudowa kraju, a walka z gruźlicą (26). — J. Jaworski: Z patologii socyalnej chorób kobiecych (26). — Serkowski: Negatywne barwienie bakteryi (26). — Puławski: Ś. p. Dr Strzyżowski (27). — Karwacki: Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej (27). — Szumlański: Stan sanitarny kraju (27). — Kopczyński: W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi (28—29). — Erlichówna: Dwa przypadki ostrego obrzęku skóry z krwawemi wybroczynami (28). — Zieliński: Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym (29).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 25—29: Margolis: O leczeniu biegunki krwawej szczepionką (25). — Zamenhof: Kilka uwag o przewodnictwie kostnem (dok. 25). — Hewelke: W sprawie rejestracyi suchotników w Warszawie (26). — Biehlerowa: Choroby zakaźne a szkoła (26). — Hertz: Choroby ucha na wojnie i ich leczenie (27—29).

Polski Miesięcznik lekarski 1918 Z. 3: Janowski: Uproszczony sposób doraźnego oryentowania się w szybkości tętna. — A. Landau: Kilka uwag o chromaniu przerywanem i zapaleniu tętnic zacieśniającem. — Bratkowski: Wydzielanie soku żołądkowego, a fermenty tegoż soku w moczu. — Certowicz-Biernacka: O kontroli szczepionek w M-skiej pracowni Związku ziemstw.

Zdrowie Z. 6.: Bacia: Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916. — Sz. Starkiewicz: 10 przypadków wrodzonej ślepoty pochodzenia głodowego u noworodrodków. — S. Sterling: Gruźlica w Łodzi. Plan walki.

Kronika dentystyczna Nr 7.: Friedberg: W sprawie amputacyi i impregnacyi miazgi zębowej — Krakowski (c. d.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostęplowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.

KASA BRACKA
Galic. Akc. Zakładów Górniczych
w SIERSZY.

Schimitzek m. p.
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.